Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Basel (Prof. Dr. J. E. Staehelin)
Arbeit unter Leitung von PD Dr. C. Haffter

Beitrag zur Psychosomatik des Erbrechens

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

Josef Bannwart
von Gunzwil (Luzern)



Basel 1954

Verlag von S. Karger in Basel

Von der medizinischen Fakultät genehmigt
auf Antrag von
Prof. Dr. J. E. Staehelin

Tag der Promotion: 5. März 1954



Separatdruck aus «Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie»,
Vol. 128, Nr. 4, 1954

Bannwart, J.: Mschr. Psychiat. Neurol. *128*, 201–219, 1954

Aus der psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel (Prof. Dr. J. E. Staehelin)
Arbeit unter der Leitung von PD Dr. C. Haffter

Beitrag zur Psychosomatik des Erbrechens

Von J. BANNWART

Der Brechakt steht nicht allen Wirbeltieren zur Verfügung [18]. Die Amphibien, Reptilien, Fische und Vögel können erbrechen, von den Säugetieren nur die Insektenfresser, Raubtiere und Paarzeher. Der Mechanismus des Erbrechens ist nicht bei allen Tieren gleich. Der Frosch z. B. erbricht auch dann noch, wenn das ZNS zerstört ist. Bei höheren Tieren ist das ZNS zum Erbrechen notwendig, auch steht die Mitwirkung der quergestreiften Muskulatur im Vordergrund.

Brechzentrum: Die Brechvorgänge werden gesteuert von einem Zentrum in der Medulla oblongata. Nach *Thumas* handelt es sich um einen 5 mm langen und 2 mm breiten Bezirk, der sich nach vorne und nach hinten vom Calamus scriptorius aus und in die tieferen Schichten der Medulla oblongata erstreckt. *Hatcher* und *Weiß* sehen den wesentlichen Anteil des Brechzentrums in den sensorischen Vaguskernen. Diese Kerne nehmen auch die afferenten Impulse von Schlund, Kehlkopf, Trachea, Herz, Magen und Darm auf.

Nach *S. C. Wang* und *H. L. Borison* kann man beim Brechzentrum nicht von einem eng umgrenzten Kernbezirk sprechen, es handle sich vielmehr um eine Reihe miteinander eng verbunden funktionierender Stellen. Die Lage des Brechzentrums in der Med. oblongata sei strittig. Sie verlegen das Brechzentrum in den dorsolateralen Rand der lateralen Formatio reticularis. Die dorsalen sensiblen Vaguskerne bilden einen afferenten Teil des Brechkomplexes [32].

Der Brechakt wird zentral oder peripher durch reflektorische Einwirkungen ausgelöst. Unmittelbare Einwirkung auf das ZNS haben wir bei Hirndruck, zerebralen Zirkulationsstörungen z. B. Migräne, exogenen und endogenen Vergiftungen, Infektionskrankheiten, starken Emotionen und Psychoneurosen.

Als zentral Brechen erregende Mittel sind bekannt vor allem Apomorphin, dann Aconitin, Morphin, Heroin, Picrotoxin und Natrium salicylicum.

Reflektorisch wirken Kupfersulfat, Ipecacuanhae (Emetin, Cephalin), Tartarus stibiatus, Sublimat, Lobelin, Digitalis, Strophantin, ferner Reizerscheinungen des Intestinaltraktes, der Organe der Leibeshöhle und des Peritoneums.

Die efferenten Bahnen des Brechreflexes sind die peripherischen Nerven des zerebrospinalen und vegetativen Systems. Vagus und Sympathicus verhalten sich afferent und efferent. Als afferente Bahn ist der Vagus bevorzugt.

Dem Erbrechen geht beim Menschen meistens ein subjektives Gefühl der Übelkeit voraus, dem sich eine Reihe von objektiven Symptomen, Blässe, Schweißausbrüche, Muskelschwäche, Änderungen in Puls und Atmung, Steigerung der Sekretion im Mund und in den Luftwegen zugesellen. Diese Vorgänge werden unter dem Namen Nausea (Magnus) zusammengefaßt.

Hatcher und *Weiß*, die beobachtet haben, daß Nausea auch dort noch auftritt, wo das Zentrum für die Auslösung des Erbrechens zerstört ist, glauben, die Nausea sei eine primitive Form des Giftschutzes. Während der Nausea wird der Pylorus geschlossen, und der Übergang ungeeigneter oder giftiger Stoffe in das Duodenus verhindert, so daß es zur langsamen Resorption in kleinen Mengen kommt.

Im wirksameren Maße ist das Erbrechen eine Schutz- und Abwehrvorrichtung [30]. Nach der «dynamischen Zentrenlehre» von *Head*, *Bing*, *Jackson* u. a. tritt dabei ein Enthemmungsvorgang der differenzierten Rindenreaktionen ein. Im Verlaufe der «progressiven Cerebration» (*v. Economo*) erfolgte eine «gewisse Funktionswanderung nach dem Stirnpol» durch eine «Reflexausraubung» der tiefern Etagen der Stammhirnanteile (*Förster*, *Minkowski*). Die tieferen Zentren bleiben aber virtuell erhalten, um als «Schutz- und Erholungsregressionen» wieder in Aktion zu treten, wenn außergewöhnlich intensive Umweltreize eine anpassende Umstellung des Gesamtorganismus verlangen. Der biologische Sinn dieser Regressionen ist der eines Schutzreflexes (*Sutermeister*). Wie erstaunlich wirksam dieser Reflex ist, kann man an den unzähligen Fällen von Intoxikationen beurteilen, die nur dank ihm gerettet wurden.

Stärke, Dauer und Begleiterscheinungen des Erbrechens können sehr verschieden sein. Besonders wechselt das subjektive Gefühl der Nausea. Das Erbrechen ist entweder quälend und mühsam bei Leuten die schwer erbrechen, oder leicht und gebahnt beim habituellen Erbrechen. Es gibt fließende Übergänge vom psychogenen Erbrechen zu jenen Fällen, wo sowohl psychische wie körperliche Vorgänge be-

teiligt sind, und von da zum rein organischen Erbrechen. Heftige Gemütsbewegungen, unausgeglichene Spannungen affektiver Art, ins Unbewußte verdrängte affektgeladene Vorstellungskomplexe haben eine Schaltwirkung auf das Brechzentrum [3]. Möglicherweise tritt hier das Erbrechen als eine Übersprungbewegung im Sinne von *Tinbergen* [20, 22, 31] auf. *H. Sutermeister* hat mich in liebenswürdiger Weise darauf aufmerksam gemacht, daß *Tinbergen*, der ein «neurotisches» Erbrechen bei einem Bären beobachtete, dies tatsächlich als eine Übersprungbewegung bezeichnete. Der subkortikale, onto- und phylogenetische Reflexapparat wird im erwähnten Sinne durch psychische Einflüsse in Gang gesetzt [25]. Recht häufig ist das psychogene Erbrechen auch als Ausdruckssymbol «der Abfuhr emotionaler Spannungen» (*Haffter*) und als symbolische Abwehr und Distanzierung unangenehmer Erinnerungen und Gefühle zu verstehen. Hierin liegt wohl auch der psychotherapeutische Wert der Alkoholikerbehandlung durch Apomorphin.

Unser Interesse konzentriert sich auf jene Fälle von Erbrechen, in denen psychische Faktoren zwar wirksam sind, das Symptom aber nur auf Grund besonderer körperlicher Krankheitserscheinungen auszulösen vermögen. Psychogen wäre also «konditional» [9] aufzufassen in dem Sinne, «daß bei einer Erkrankung neben anderen Faktoren auch ein psychischer Faktor zu den Bedingungen gehört, deren Zusammentreffen erst die Krankheit in Erscheinung treten läßt» (*Dukor*). Es ist dies die psychosomatische Krankheitsauffassung. Psychosomatisches Erbrechen wäre somit «eine Steigerung und Fixierung physiologischer Funktionen, bzw. entstanden durch solche» (*Haffter* [14]).

Wir bringen 4 Beispiele:

Emil A.-S. 10.4.1891.

Der große schlanke Mann von asthenisch-athletischem Mischtypus befand sich erstmals im Juni 1950 im Spital Liestal. Er klagte, daß er seit April 1950 anfallsweise an krampfartigen Schmerzen im Abdomen seitlich links ohne Ausstrahlung leide. Gleichzeitig bestand Obstipation, Blähung und leichte Übelkeit. Der Anfall, der den Spitaleintritt veranlaßte, war mit Erbrechen verbunden. Während des 6tägigen Spitalaufenthalts war der Patient aber beschwerdefrei.

Im Juli 1950 neue Spitaleinweisung wegen krampfartiger Schmerzen im ganzen Abdomen, Übelkeit und Erbrechen. Bei der Laparotomie zeigte sich kein pathologischer Befund. Das Coecum war am Peritoneum leicht adhärent.

Ende Mai 1951 befand sich der Patient zu einer erneuten Abklärung im Claraspital. Er gab an, daß er sich nach der Operation (Laparotomie) bis Silvester (31.12.1950) wohl gefühlt habe. An diesem Tage hatte er als Bäcker streng zu arbeiten. Er mußte brechen bis Galle kam. Während des Erbrechens Stuhl- und Windverhaltung. Dies wiederholte sich nun an allen Festtagen, wenn er streng

arbeiten mußte. Vor Spitaleintritt zog es ihm beim Erbrechen die Beine hoch. In den Därmen bringe er das Essen nicht fort. Der Appetit sei sonst gut gewesen. Der Patient betonte bei dieser Schilderung, daß es nie soweit gekommen wäre, wenn er sich nach der Operation längere Zeit hätte schonen können.

Außer einer ausgesprochenen Vasolabilität und einer leichten subaciden Gastroenteritis konnte kein Befund erhoben werden. Der Patient fühlte sich während seines 14tägigen Spitalaufenthaltes beschwerdefrei.

Der Internist, der den Patienten nachher behandelte, stellte nebst der subaciden Gastritis eine leichte Hypertonie und ein verlängertes *Weltmann*-Band fest. Die Erythrocyten waren etwas makrozytär. In psychischer Hinsicht konnte hie und da eine depressive Verstimmung beobachtet werden.

Im August 1952 wurde der Patient zur Beurteilung an die psychiatrische Poliklinik gewiesen. Der hagere, abgemagerte Mann mit eingefallenen Gesichtszügen und ergrautem, schütterem Haarwuchs machte einen vergrämten und verbitterten Eindruck. Er wuchs in H. auf und war das jüngste von drei Geschwistern. Als er 3 Jahre alt war, starb der Vater an «Magenschluß» (Krebs), er war Handsticker. Nach seinem Tode mußte die Familie anfänglich Not leiden (bei dieser Erwähnung wurden dem Patienten die Augen naß). Die Mutter war eine sehr liebe und tadellose Frau. In der Schule war A. nach seinen Angaben mittelmäßig. Nachher arbeitete er 2 Jahre als Ausläufer, machte dann eine Bäckerlehre, die er aber wegen schlechtem Verhältnis mit dem Lehrmeister nicht abschloß. Er wurde dann aber doch als gelernter Arbeiter eingestellt. 1914/18 versah er den MD in einer Bäckerkompagnie. 1916 heiratete er eine 8 Jahre ältere, geschiedene Frau, die drei Kinder in die Ehe brachte. Diese sind erwachsen. Das Verhältnis mit ihnen war gut. Er bekam keine eigenen Kinder, was er anfänglich teils bedauerte, teils begrüßte, da sein Lohn früher sehr klein war. Seit 36 Jahren arbeitet er nun in einer Konsumbäckerei. Von einem früheren Verwalter sei er gedrückt worden. Der jetzige anerkenne seine Leistung, aber seitdem er nicht mehr voll arbeiten könne, wolle man ihn loswerden. Man habe ihm nahegelegt, er solle sich pensionieren lassen, aber die Pension sei so klein, daß er davon nicht leben könnte.

Mit den jüngeren Arbeitern verstehe er sich nicht besonders gut, da diese nach seiner Ansicht schludrig arbeiteten. Leider habe die Qualität des Brotes und anderer Erzeugnisse seit seiner Krankheit abgenommen. Mit Ärger müsse er jeweils feststellen, welch minderwertige Ware in den Schaufenstern ausgestellt werde. Bei dieser Gelegenheit wies er mehrere Briefe vor, aus denen hervorging, wie er sich während der letzten Kriegszeit bemüht hatte, die Güte des Soldatenbrotes zu heben. Er wiederholte auch mehrmals, daß dank seiner Initiative sich der Umsatz in der Konsumbäckerei stark gehoben habe. Inzwischen sei dieser aber wieder abgesunken.

Das Erbrechen begann im Sommer 1949 bei der Arbeit, ohne daß er wußte warum. Später trat es dann beim Eintritt in die Backstube auf. Jetzt müsse er regelmäßig das Morgenessen erbrechen, das Mittag- und Abendessen bleibe gewöhnlich. Dabei habe er Krämpfe besonders im linken Unterbauch, zugleich ein Gefühl, wie wenn der Dickdarm keine Winde durchließe. Die Beschwerden erinnerten ihn an den Blinddarm, den er 1933 nach mehreren rezidivierenden Entzündungen operieren ließ. Erbrechen vielfach unterwegs, wenn er zur Arbeit gehe. Das Erbrechen komme plötzlich im Strahl ohne vorherige Nausea. Gewichtsabnahme im Sommer 1952 sechs Kilogramm, zwischenhinein habe er auch wieder zugenommen.

Das Erbrechen werde ihm allmählich peinlich, es mache den Eindruck, als ob er simuliere. Er möchte am liebsten nicht mehr ins Geschäft zurückkehren.

Im September 1952 unterzog sich der Patient einer Gastroskopie durch einen Spezialarzt, der eine submuköse geschwulstige Infiltration im Antrumgebiet vermutete und eine Laparotomie empfahl. Vor diesem Eingriff, der dann durch ein unstillbares Erbrechen erzwungen wurde, befand sich der Patient nochmals in der psychiatrischen Poliklinik. Er fiel auf durch einen weinerlichen Affekt und erzählte, die vorwurfsvolle Frage des Verwalters, ob er nicht bald gedenke die Arbeit wieder aufzunehmen, habe ihn derart hergenommen, daß er erbrechen mußte.

Die Untersuchung ergab außer der erwähnten affektiven Situation eine unterdurchschnittliche Intelligenz. Im Formdeuteversuch nach Rorschach waren die meisten Antworten Anatomiedeutungen.

Die zweite Laparotomie ließ ziemlich viele peripylorische Verwachsungen nachweisen. Es konnte auch eine organische Einengung des Pylorus und des Duodenums festgestellt werden, die wahrscheinlich im Röntgenbild den Pseudotumor auf einigen Bildern erzeugt hatte und die nach Durchtrennung der Stränge und Lösung des Organs nicht mehr vorhanden war.

Eine Zeitlang ging es gut, bis das Erbrechen wieder einsetzte. Es war auffallend, daß immer die gleiche Zeit eingehalten wurde. Der Linksschmerz bei den Krämpfen wurde deutlicher. Es traten auch Miktionsbeschwerden auf und seit Ende März 1953 konnte beständige Mikrohämaturie nachgewiesen werden. Im Pyelogramm schien das linke Nierenbecken etwas eigentümlich gebildet und im Zentrum eine Aussparung zu haben.

Im April 1953 wurde im Bürgerspital ein nußgroßer Nierenstein links nachgewiesen und operativ entfernt. Der Stein wog 1,67 g und bestand aus Harnsäure und Oxalat. Der postoperative Verlauf war ungestört. Der Patient fühlt sich seither gesund, hat kein Erbrechen mehr, nahm 10 kg zu und hat die Arbeit wieder aufgenommen.

Epikrise:

Emil A.-S. hat in der frühen Kindheit die Not kennengelernt, was ihm einen unauslöschlichen Eindruck hinterließ. Er konnte die Lehre nicht beenden. Diesen Makel und die intellektuelle Minderbegabung suchte er durch Fleiß, Qualitätsarbeit und Leistung zu kompensieren. Er fühlte sich aber nicht seinem Einsatz gemäß geschätzt und bewertet. Dies und die etwas großzügigere und saloppe Arbeitsweise der jüngeren Angestellten, die dem Patienten infolge seines überspitzten Pflichteifers und verkrampften Qualitätsstrebens mißfiel, löste bei ihm ein tiefes Unbehagen, beruflichen Ärger und Widerwillen aus. Hinzu kam die Überanstrengung und herabgesetzte Leistungsfähigkeit des durch das Alter geschwächten Patienten. Die Überreizung des Nervensystems, die Fremdkörperwirkung des Nierensteines, die ein peritoneales Reizsymptom verursacht, setzten den Schwellenwert herab, der bei der Auslösung des Brechvorganges überwunden werden mußte. Von Bedeutung war also die Synchroni-

zität einer bestimmten Organerkrankung mit einer bestimmten affektiven Situation. Ein an sich unterschwelliger psychischer Reiz traf ein organisch sensibilisiertes Erfolgsorgan (Magen), so daß der Brechakt ausgelöst werden konnte. Dieser Vorgang schliff sich allmählich ein, fixierte sich als habituelle und schließlich auch als zeitlich umgrenzte Handlung. Gelegentlich machte sich das Erbrechen als Symptom unabhängig und manifestierte sich als eindeutig psychogen. Im Verlaufe der Krankheitsentwicklung zeigte das Symptom Tendenz zu einer immer größeren Ausbreitung, so daß schließlich lebensbedrohende Zustände eintraten. Da sich glücklicherweise auch die Nephrolithiasis immer schärfer abzeichnete, konnte endlich der gefährliche Zirkelschluß durchbrochen werden. Mit der Steinentfernung hörte das Erbrechen schlagartig auf. Die möglicherweise fortdauernden psychischen Ursachen kamen offenbar nach Wegfall der organischen Sensibilisierung nicht mehr zur Auswirkung. Man kann sich aber auch vorstellen, daß durch die Rechtfertigung des lang verkannten organischen Leidens eine psychische Gesundung eingeleitet wurde.

Josef W.-G. 19.2.1893.

Patient ist in B. aufgewachsen als ältestes von drei Kindern. Der Vater war Schuhmacher, hatte eine fröhliche Natur, trank gelegentlich. Die Mutter starb 37-jährig als Patient 14 Jahre alt war, an Wassersucht. Sie sei immer sehr ernst gewesen. Ein Jahr nach ihrem Tode verheiratete sich der Vater wieder. Die Jugend des Patienten war recht und schlecht, etwas ärmlich. Er ging 8 Jahre in die Schule, erlernte anschließend das Vergolderhandwerk und blieb dann 44 Jahre im gleichen Geschäft, in dem er die Lehre gemacht hatte, obwohl ihm der Beruf eigentlich nie besonders gefiel. Die Bezahlung war mäßig. Mit 19 Jahren mußte er heiraten. Es war aber keine Vernunftheirat und die Ehe sei gut gewesen. Die 4 Kinder, 3 Mädchen und ein Sohn, seien gut geartet. Der Sohn und zwei Töchter sind geschieden; alle hätten gefunden, es gehe nicht, sie seien als Partner zu verschieden. Diese Scheidungsangelegenheiten hätten ihn aber nicht besonders beschäftigt. Er machte Militärdienst, war in Vereinen soweit er mußte; war von Natur aus eher ein häuslicher Mensch. Patient las viel, u.a. auch philosophische und psychoanalytische Werke. Religiös war er indifferent; von Haus aus katholisch hatte er protestantisch geheiratet und die Kinder in dieser Konfession erziehen lassen.

1946 starb seine Frau 53jährig an Hepatitis. Ihr Tod sei ihm nahe gegangen, habe aber vorerst keine seelischen Beschwerden gemacht. Da er vereinsamte, hätte er gerne wieder geheiratet, machte mehrmals Anläufe dazu, fand aber niemand, der zu ihm paßte. (Patient bekam bei dieser Schilderung, aufgenommen am 2.8.1952, plötzlich einen Singultus, begann lange und anhaltend zu erbrechen. Nachher wurde vorsichtig wieder beim gleichen Thema weitergefahren.) Der Sohn wohne im gleichen Haus, 2 Häuser weiter eine Tochter. Er könne bei dieser Tochter essen; das Essen sei recht, er könne sich über nichts beklagen. Der Schwiegersohn entspreche ihm aber nicht. Es sei eben nicht sein eigener Haushalt. Er möchte auch jetzt noch

heiraten, wolle nicht allein sein: *dies hange ihm zum Hals heraus!* Er habe zwar eine längere Zeit Bekanntschaft mit einer geschiedenen Frau gehabt, die am gleichen Ort wie er arbeitete, sie sei ihm aber im Denken zu primitiv gewesen.

Seit anfangs Mai 1952 spürte der Patient starke Müdigkeit und eine langsam auftretende Gangunsicherheit, die sich bis zu einem gewissen Grad entwickelte und dann so bestehen blieb. Er schwankte leicht beim Gehen und begann sich auf der Straße unsicher zu fühlen. Wenn er geradeaus lief, trieb es ihn auf einmal nach links oder rechts, wie wenn er auf die Seite gedrückt würde. Wenn er beim Gehen einen Punkt fixierte, ging es besser. Schwindel bestand nicht. Laut Aussagen einer Tochter war der Patient zu dieser Zeit 3mal vom Fahrrad gestürzt, er hatte die Kontrolle über das Velo verloren. Ende Mai erstmals Erbrechen an einem Morgen, als er schon aufgestanden war; er konnte es sich nicht erklären. Eine Zeitlang starkes Übelkeitsgefühl. Ende Juni wurde fast jedes feste Essen erbrochen, Flüssigkeit konnte zum Teil behalten werden. Erbrechen bei körperlichen Bewegungen, aber auch seelische Erregungen veranlaßten Erbrechen. Dieses kam in einem Strahl ohne vorheriges Aufstoßen. Übelkeit bestand nicht mehr. Patient merkte nichts, bevor er brechen mußte, es war plötzlich da.

Die neurologische Untersuchung im Bürgerspital im Juli 1952 ergab einen positiven *Romberg* und eine Gangataxie. Der Neurologe stellte die Diagnose einer zerebellären Ataxie und zwar einer Affektion des Kleinhirnwurms.

Man vermutet die Metastase eines Tumors, die eingehendsten Untersuchungen, mehrere Röntgenkontrollen, ergaben aber keinen Anhaltspunkt. Ende Juli war die Senkung auf 13/30 gestiegen. Bei Gehversuchen machte der Patient ab und zu theatralische Fehltritte, so daß man den Eindruck bekam, die Beschwerden seien psychogen. Bei der psychiatrischen Untersuchung, an der die erwähnte Anamnese erhoben wurde, war der Patient apathisch, ungepflegt; benahm sich verhalten, distanziert; gab skeptisch Auskunft; wirkte irgendwie mißvergnügt, müde, versunken; mußte angestoßen werden; jede Äußerung schien ihm eine Anstrengung zu bedeuten. Man stellte ein Darniederliegen des Vitalgefühls fest. Es wurde ebenfalls der Verdacht eines organischen Prozesses ausgesprochen, obwohl psychische Faktoren stark im Vordergrund standen.

Zur Behebung der Lethargie bekam der Patient einige Tage ACTH-Infusionen, worauf er sich frischer fühlte. Das Erbrechen wurde seltener und setzte dann gegen Ende August ganz aus. Auch der Gang besserte sich, blieb aber immer etwas breitspurig und unsicher. Beim Gehen schwankte der Patient immer in der Richtung, wo er sich raschenstens stützen konnte. Es fiel auf, daß er manchmal die Worte suchen mußte.

Vor der Spitalentlassung anfangs September war die Senkung normal. Das Gewicht hatte zugenommen; die Lumbalpunktion ergab normale und die Kolloidkurven physiologische Werte.

Bis Mitte September fühlte sich der Patient am Badeort, wo er zur Erholung und Kräftigung weilte, sehr gut. Dann begann er wieder zu erbrechen und zwar im Zusammenhang mit einem Brief der früheren Freundin, die ihn angeblich weiter bedrängte und einem Besuch des Arbeitgebers, der ihn dringend benötigte und seine Krankheit als Simulation betrachtete.

Im November entwickelte sich eine Bradyphrenie mit Perseveration und angedeuteten sensorisch-aphatischen Störungen. Das Erbrechen verlor sich vollständig. Als einziges massives neurologisches Ausfallsymptom war eine periphere

Facialisparese rechts zu vermerken. Die otologische Untersuchung ergab eine doppelseitige Schwerhörigkeit und einen Horizontalnystagmus beim Blick nach rechts mit rotatorischer Komponente. Im übrigen bestand ein «neglecting» – Syndrom der rechten Körperseite. Der Patient schaute nie nach rechts, brauchte seinen rechten Arm kaum, obwohl nur eine leichte Hyperreflexie der rechten Körperseite nachzuweisen war ohne massive Pyramidenzeichen oder eine massive Lähmung.

Am 28. 12. 1952 ist der Patient gestorben.

Die Sektion ergab ein Bronchialcarcinom im linken Hauptbronchus, ausgedehnte Metastasierung in das Gehirn, u. a. eine Metastase in der Brücke mit leichtem Vordringen in den 4. Ventrikel und eine nußgrosse, z.T. erweichte Metastase im Bereich des Kleinhirnwurms, die auch auf den Boden des 4. Ventrikels übergegriffen hatte.

Epikrise:

Der Patient hat eine ärmliche Jugend durchgemacht, stammt von einer ernsten Mutter ab und hatte zeitlebens eher einen depressiven, grüblerischen, unentschlossenen und unzufriedenen Charakter. Es ist bezeichnend für ihn, daß er seine ganze berufliche Laufbahn am gleichen Orte zubrachte, obwohl ihm die Arbeit im Grunde genommen nicht zusagte. Als er nach dem Tode seiner Frau, die er nicht übermäßig liebte, an der er aber aus Trägheit des Herzens hing, vereinsamte und keinen befriedigenden Anschluß mehr fand, ist es eigentlich nicht verwunderlich, daß ihm dieses Leben zum «Kotzen» überdrüssig wurde [33]. Der kachektisierende Tumor kam diesem nihilistischen Lebensgefühl sehr entgegen und verlieh ihm zusammen mit der Metastase im Kleinhirnwurm, die auf den Boden des 4. Ventrikels drückte und so das Brechzentrum reizte, einen beredten Ausdruck durch das massive und häufige Erbrechen. Als durch das ACTH das Vitalgefühl gehoben und die Apathie beseitigt worden war, verschwand spontan auch das Erbrechen, bis die Repräsentanten seines bisherigen trostlosen Lebens, der Arbeitgeber und die drängende primitive Frau, ihn wieder an die alte Kümmernis erinnerten. Die Metastase im Kleinhirnwurm war also gar nicht ausschlaggebend für das Erbrechen, erleichterte höchstens die Verwendung des Erbrechens als Ausdruckssymbol. Daß das Erbrechen beim Einsetzen der Lähmung sistierte, läßt sich durch zwei Möglichkeiten erklären: Das Brechzentrum wurde durch die Metastasen zerstört, so daß der Reflex organisch nicht mehr auslösbar war, oder der psychoorganisch geschädigte Patient konnte sich infolge Benommenheit seiner Lage nicht mehr bewußt werden. Die psychogene Auslösung des Erbrechens war demnach verunmöglicht. In diesem wie im ersten Falle geschah das Erbrechen erstmals plötzlich wie aus heiterem Himmel, unmotiviert

und für den Patienten unverständlich. Allmählich bemächtigte sich dann dieses Erbrechens ein psychogener «Sinngehalt» (*Boß* [4]), der wechseln konnte und dem Patienten je nachdem unbewußt blieb oder halbbewußt wurde.

Verena B. 10.1.1933.

Patientin ist das jüngste Kind von 6 Kindern. Der Abstand zur älteren Schwester beträgt 3 Jahre. Sie ist anscheinend in einer sehr harmonischen Familie aufgewachsen, hatte zu allen Geschwistern ein gutes Verhältnis. Am engsten schloß sie sich der ältesten Schwester an, die als mütterlich und verständnisvoll geschildert wurde, aber heiratete, als die Patientin 10 Jahre alt war. Mit dem einzigen, 10 Jahre älteren Bruder hatte sie hingegen wenig Kontakt, da dieser viel fort war. Die Eltern seien sehr lieb gewesen. Ihres Wissens sei sie aber nicht vorgezogen worden. Sie lernte etwas spät laufen, sonst war die kindliche Entwicklung normal. Ab und zu Nägelkauen. In der ersten Primarklasse war sie 3 Monate in einer Sprachschule wegen Mühe beim Aussprechen des Sch. Sie sei eine gute Schülerin gewesen und habe sich den Kameradinnen leicht angeschlossen. Nachher begann sie eine Lehre als Blumenbinderin. Die Menarche trat mit 14 Jahren ein. Sie sei nicht überrascht gewesen, war von den Eltern und Schwestern aufgeklärt worden. Während der Periode war ihr übel und sie mußte gelegentlich erbrechen. Sexuelle Spielereien im Kindesalter seien nicht vorgekommen. Sie sei noch nie verliebt gewesen und habe bis jetzt (1953) mit keinem Mann engeren Kontakt gehabt.

Im Frühjahr 1950 zog sie sich am linken Zeigefinger eine Tetanusinfektion zu. Sie befand sich deshalb vom 31.5.1950–31.8.1950 im Bürgerspital. Psychisch fiel sie auf durch eine gewisse Ängstlichkeit. Das Sensorium blieb aber immer klar. Anfänglich litt sie an Erbrechen. Da sich die Heilung verzögerte, und man den Eindruck hatte, daß sie die Symptome psychogen fixierte, wurde sie aus dem Separatzimmer in einen Gemeinschaftsraum versetzt. Ende Juli klagte sie über Kopfschmerzen in der Stirnregion. Objektiv ließ sich aber nichts nachweisen. Vor der Entlassung wurde noch eine Vasolabilität festgestellt. Die Patientin befand sich dann 5 Wochen zur Erholung im Tessin. Sie fühlte sich anfänglich sehr schwach, hatte viel Herzklopfen, das sich allmählich verlor und litt schon damals an Magenschmerzen. Während des Rests der Lehrzeit, die sie im April 1951 mit einer guten Prüfung abschloß, war sie dauernd müde. Durch die Erkrankung an Tetanus sei sie seelisch verändert worden. Früher sei sie fröhlich und gesellig gewesen, sei gerne gewandert und habe in Jugendgruppen mitgemacht. Nachher habe sie an nichts mehr Lust gehabt, sei ruhebedürftig gewesen, habe sich mehr und mehr zurückgezogen und auch daheim abgesondert. Es sei ihr alles zu viel gewesen, ihre Kraft habe gerade noch zur Verrichtung der Berufsarbeit ausgereicht. Im Mai 1951 ging sie nach Holland als Volontärin an eine Volkshochschule. Sie lernte diese durch eine Freundin kennen. Sie besuchte dort Kurse und half im Haushalt mit. Sie habe sich rasch eingelebt, es sei eine schöne Zeit gewesen, so daß sie länger blieb, als vorgesehen war. Seit der Abreise nach Holland blieben die Menses aus; die Patientin begann auch angeblich infolge der ständigen Magenschmerzen appetitlos zu werden und hie und da zu erbrechen. Sie mußte meistens gegen Abend erbrechen, wenn sie ein Völlegefühl im Magen hatte. Oft habe sie auch Aufstoßen gehabt.

Nach der Rückkehr war sie 1 ½ Jahre in Behandlung bei einem Frauenarzt,

der eine Hormonkur machte, allerdings ohne Erfolg. Im Dezember 1952 ging sie wegen stechender Schmerzen unter dem rechten Schulterblatt zum Arzt, der eine Zerrung diagnostizierte. Die Beschwerden verschwanden nach wenigen Tagen spontan. Die Untersuchung des Magens ergab eine Ptose und hyperacide Gastritis. Es bestand Abneigung gegen Fleisch, Fett und Kohlarten. Diese Speisen bereiteten Magenschmerzen von krampfartigem Charakter. Die Patientin war reizbar und beklagte sich über Schwindel und Ohnmachtsanfälle. Im Mai 1953 ließ sich die Patientin wegen erneuter Schmerzen in der rechten Schulterblattgegend röntgen. Die Aufnahme zeigte eine Infiltration infraklavikulär rechts. Gleichzeitig bestanden Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen gegen die Leistengegend. Im Juni 1953 wurde die Patientin ins Bürgerspital eingewiesen. Dort klagte sie über Unsicherheitsgefühl beim Gehen, Pollakisurie und ständigen Brechreiz. Gelegentlich kam Brechen vor. Das Gesicht, besonders die Lider waren leicht aufgedunsen. Man stellte ein tuberkulöses Infiltrat der rechten Lunge fest, ferner eine pluriglanduläre Insuffizienz (HVL), eine Wanderniere rechts und eine Scoliose der LWS. Die gynäkologische Untersuchung ergab Virgo intacta, der Uterus schien etwas klein. Die ORL-Funktionsprüfungen zeigten normale Werte. Der Grundumsatz (–11 %) und die Ausscheidung der Ketosteroide waren leicht erniedrigt.

Ende Juli wurde Patientin in eine Heilstätte verlegt. Anfänglich klagte sie lediglich über zeitweise Bauchschmerzen, war chronisch verstopft und fühlte sich sehr müde. Nach 10 Tagen hatte sie plötzlich die heftigsten Bauch- und Kopfschmerzen, erbrach alles Essen und fühlte sich todkrank. Kein Fieber, Hypoglykaemie zwischen 65 und 90 mg %, leichte Hypotonie von 100/60, Leuko. 4000. Da man eine Verschlimmerung der pluriglandulären Insuffizienz vermutete, wurde die entsprechende Therapie eingeleitet, worauf eine leichte Wasserretention mit Ödemen im Gesicht und an den Händen eintrat. Gleichzeitig wurden unerträgliche Kopfschmerzen angegeben. Eine Lumbalpunktion ergab aber ganz normale Werte. Trotz intensiver Therapie wollte die Patientin nach achttägigem Fasten immer noch nicht essen, erbrach jeden Löffel Tee und jammerte über starke Schwäche und Müdigkeit. Sie erhielt dann zusätzlich Tyroxin, worauf allmählich eine Besserung eintrat, das Erbrechen aufhörte. Die Patientin schien lebhafter, gab aber immer noch die gleichen Bauch- und Kopfschmerzen an. Sie trank Tee und Orangensaft, aß aber immer noch nichts. Ein Schüttelfrost, verursacht durch eine Plasmainfusion, brachte sie wieder vollkommen aus dem Gleichgewicht. Während einer Cibalgin-Injektion i.m. traten plötzlich generalisierte Krämpfe auf mit deutlichem Arc-en-ciel ohne Steigerung der Reflexe. Diese Krämpfe gingen mit Überbeatmung einher und entsprachen ganz deutlich einer Hyperventilationstetanie, die durch Calcium i.V. nicht zu stoppen war. Erst durch Zudrücken von Nase und Mund konnte sie schlagartig beendet werden.

Da die Anorexie bereits 21 Tage dauerte und es in der Heilstätte nicht möglich war, einen Psychiater zuzuziehen, mußte die Patientin ins Bürgerspital zurückverlegt werden.

Beim psychiatrischen Consilium lag die Patientin matt und kraftlos im Bett. Gesicht blaß und leicht gedunsen. Affektiv wirkte sie lustlos, etwas vertrotzt wehleidig. Sie beklagte sich über Müdigkeit und Schlappheit. Am liebsten möchte sie schlafen, könne es aber nicht wegen der Kopfschmerzen. Essen möge sie nicht infolge Brechreiz und Magenschmerzen. Das Kranksein sei ihr verleidet, sie möchte gesund sein wie die anderen und arbeiten können.

Die Aussprache löste eine gewisse Verkrampfung. Die Patientin begann zu weinen und fühlte sich nachher, wie sie selber sagte, irgendwie erleichtert. Sie benötigte von da an keine Infusionen mehr. Am anderen Tag starb die Mutter nach einem schweren Herzleiden. Die Patientin war nicht überrascht und schien nicht besonders bedrückt zu sein. Eine Besprechung lehnte sie aber empfindlich ab.

Die Patientin ist inzwischen zugänglicher und lebhafter geworden, verweigert kein Essen mehr, das Erbrechen hat aufgehört; Gewichtszunahme innert 1 ½ Monaten von 39,9 auf 48,4 kg. Die Patientin konnte sogar aufstehen. Das Röntgenbild zeigte eine leichte Rückbildung der Infiltration. Die Kopfschmerzen werden als milder bezeichnet; die Opstipation läßt sich medikamentös beeinflussen, auch die Magenschmerzen seien geringer.

Epikrise:

Frl. B. hat als jüngstes Kind eine behütete Jugend gehabt. Die männliche Welt scheint ihre Entwicklung wenig beeinflußt zu haben. Die infantile Patientin, die bisher wenig erotische, geschweige sexuelle Interessen bekundete, hat deshalb während der Periode, die sie an ihre generative Aufgabe erinnerte, mit Ablehnung, Ekelgefühl und Erbrechen reagiert. Zu Beginn der Tetanuserkrankung war sie ängstlich und zeigte ebenfalls Erbrechen. Sie bot das für den Tetanus typische Bild eines «hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustandes» (*Bredmann*). Als sie längere Zeit apathisch und antriebslos blieb, dachte man an eine psychogene Fixierung der Symptome. Die seither bestehende «Senkung des allgemeinen psychischen Energieniveaus» (*Stertz*, zit. n. *Staehelin* [25]), die ständige Müdigkeit, Passivität, Reizbarkeit, die ohnmachtsähnlichen Anfälle, die allmählich einsetzende Anorexie und die Amenorrhoe weisen aber eher auf eine Diencephalose hin. Hierher gehören auch die nachgewiesenen Störungen des Blutchemismus und des Wasserhaushaltes. Die unbeeinflußbaren Spontanschmerzen, die von der Patientin in die Stirngegend und in den Magen lokalisiert werden, das abweisende, wenig mitteilsame Verhalten und die plötzliche hysteriforme Reaktion, die in der Heilstätte beobachtet werden konnte, lassen eine Schädigung des Thalamus vermuten [25, 26]. Wahrscheinlich wurde die schon vor dem Tetanus retardierte psychische Reifung durch die Diencephalose noch mehr gehemmt. «Jugendliche Encephalitiker pflegen in charakterlicher Beziehung ausgesprochen infantil und reizbar zu bleiben in ihrem späteren Leben, also den «Stammhirncharakter» zu behalten» (*Staehelin*).

Die Patientin versuchte sich trotzdem lange Zeit zu behaupten und ihrer beruflichen Arbeit zu genügen. Tapferkeit kann ihr nicht abgesprochen werden und man würde ihr unrecht tun, wenn man die

erwähnten Symptome als Ausdruck einer hysterischen Flucht in die Krankheit und autistischen Abwendung von einer tätigen und beziehungsreichen Gemeinschaft hinstellen wollte. Sie wurde im Gegenteil durch den ständigen Kampf gegen die körperlichen Beschwerden seelisch allmählich zermürbt und entmutigt. Im Zustand dieser psychosomatischen Adynamie und Selbstaufgabe wurde sie schließlich noch das Opfer einer tuberkulösen Infektion, was den Teufelkreis vollends schloß. Gezwungen durch den körperlichen Zustand zog sie sich mehr und mehr zurück, verlor die Beziehung mit der Umwelt. Daraus resultierte Überdrüssigkeit, Ressentiment und trotziginfantile Wehleidigkeit.

Die Einschnürung, Verarmung und Beziehungslosigkeit des Weltbildes verschärften das auf gleicher Ebene liegende, der Diencephalose wesenseigene Syndrom: die Passivität, Müdigkeit, Reizbarkeit, Anorexie, den Autismus und wahrscheinlich auch die hysteriformen Anfälle. Als neues Symptom kam hinzu das Erbrechen, das der Patientin von jeher leicht zur Hand war und eng verknüpft ist mit der Hoffnungslosigkeit, dem Widerwillen und der Verleiderstimmung, in denen sich die Patientin befand. Sie liebte das Leben, wie sie sagte, aber wie es sich ihr bot, hatte sie es «satt». Es ist bemerkenswert, daß wenige Besprechungen, die entlastend wirkten und neuen Lebensmut gaben, genügten, um der lebensbedrohenden Krankheitsentwicklung eine günstige Wendung zu geben.

Ruth Sp. – P. 31.12.1918.

Frau Sp. ist hereditär, soweit bekannt, nicht belastet. Als Kind hatte sie die Masern, sonst keine Krankheiten. Sie war immer sehr sensibel. Mit 7 Jahren elektrisierte sie sich in der Badewanne an einem Kabel, hatte keine Verbrennung und Bewußtseinsstörung, war aber seither schreckhaft. Sie hatte von jeher einen «nervösen» Magen und reagierte auf außergewöhnliche Ereignisse mit Erbrechen. So mußte sie am Tage ihrer Verlobung ständig erbrechen, so daß sie nur im Morgenrock aufstehen konnte. Der Schulwechsel von einer Landgemeinde in die Liestaler Primarschule beim Eintritt in die 2. Primarklasse machte ihr außerordentliche Schwierigkeiten trotz gleicher Lehrmittel. Ein Vierteljahr lang äußerte sie Angst vor der Schule und mußte hinbegleitet werden. Vor dem Schulgang und auch während den Unterrichtsstunden hatte sie eine Pollakisurie. Auch später getraute sie sich das Zeugnis, das sie heimbrachte, mehrere Tage nicht zu zeigen, selbst wenn es tadellos war. Zu Hause war es üblich, daß die 3 Kinder am Sonntagmorgen sich zu den Eltern ins Bett legen durften. Die Patientin hielt es bis in die letzte Zeit so, wenn sie mit ihrem Mann und dem Kind heimging, indem sie sich zur Mutter ins Bett legte und alles von der Seele weg besprach. Die Menarche trat mit 12 Jahren ein. Nach der Schule machte sie eine kaufmännische Lehre und arbeitete dann auf einem Bureau. 1944 heiratete sie. Die erste Schwangerschaft war 1947. Im 7. Monat wurde eine Albuminurie festgestellt. Der Blutdruck stieg bis auf 240 mm Hg

Wegen Eklampsie wurde eine Sectio ausgeführt. Nachher verschwand die Albuminurie, die Patientin erholte sich gut. Das Kind sei nervös. Mit einer neuen Schwangerschaft wurde bis 1951 zugewartet. Die letzte Periode war Mitte August 1951. Die Schwangerschaft war geplant und erwünscht. Die Patientin lebte zur Vorbereitung 1 Jahr lang nach dem Nelly-Kalender. Im Juli war die Patientin noch mit ihrem Mann im Tessin in den Ferien und nahm reichlich Sonnenbäder. Anfangs Oktober begann die Patientin zu erbrechen, sie erbrach bis zu 20mal im Tag. Die Störung trat auf durch Süßmost, der bei ihr und ihrem Kind Erbrechen auslöste. Sie kam dann ins Spital und wurde mit Infusionen, Percorten und Redoxon behandelt. Der Zustand verschlimmerte sich langsam, die Patientin bekam zunehmende Schmerzen im Bauch. Am 10. Oktober meinte sie, der Bauch sei voll Eiter, fürchtete dann selbst «überzuschnappen», hörte ein fremdes Kind schreien und glaubte, es sei ihr eigenes. Sie drängte beständig aus dem Bett, war verwirrt und hatte einen starren Blick. Den zugezogenen Psychiater begrüßte sie zuerst mit «Sie», dann mit «Du» und schließlich mit «Lieber», bat ihn, sie in den oberen Stock zu dem fremden Kind hinaufzutragen, schlang ihre Arme um seinen Hals. Sie hielt das Kind nicht für ihr eigenes, glaubte aber gesund zu werden, wenn sie bei ihm sei. Andern Fragen war sie kaum zugänglich, sprach in einzelnen Worten vor sich hin, sagte z.B. oft Eiter. Sie war, soweit man in sie eindringen konnte, orientiert, wollte keine Unterbrechung, sondern wünschte das Kind auszutragen.

Zwei Tage später war die Patientin völlig klar und geordnet, erinnerte sich an den Besuch und ihr gestörtes Benehmen. Das Bauchweh war ganz verschwunden. Am anderen Tag war sie wieder stundenweise verwirrt, sagte, sie habe gestern Vierlinge im Bauch gehabt und die Geburt hätte begonnen. Sie habe dann ein Mittel genommen und sei eingeschlafen. Jetzt seien die Vierlinge weg, sie wisse aber nicht wohin. Der Wahn wurde also nicht ganz korrigiert. Die Patientin erbrach nicht mehr nnd aß mehr. Sie begann aufzustehen, wurde aber dabei einmal ohnmächtig.

Zwei Tage nachher war sie mehr verändert und mimisch starr. Sie sprach eher vor sich hin als zum Besucher, behauptete, sie habe eine Eileiterschwangerschaft und klagte über unerträgliche Schmerzen. Sie konnte nicht mehr essen und blieb im Bett. Mit der Unterbrechung der Gravidität war sie einverstanden, da sie nun auch der Ansicht war, nicht austragen zu können. Nach der Unterbrechung war sie schläfrig, aber geordnet. Sie bat den Arzt, dazubleiben und noch etwas zu erzählen, wollte seine Hand halten und erkundigte sich plötzlich nach seinem Kind, von dem sie durch die Schwiegermutter gehört hatte. Sie verlangte, daß man ein Pflaster auf den Nabel lege, da er fließe, was aber nicht stimmte. In den folgenden Tagen wechselte sie zwischen matter Depression und ängstlicher Erregung, war besonders in der Nacht unruhig und drängte aus dem Bett. Sie war immer sehr anhänglich und fand, der Arzt gleiche ihrem Vater. Der Puls war dauernd erhöht, die Patientin klagte über Atemnot; wegen starker Opstipation wurde sie mit Ricinus abgeführt. Zum Essen mußte sie sich zwingen. Die Temperatur war subfebril.

Ende Oktober beschäftigte sich die Patientin in Gedanken wieder einmal mit ihrem Nabel, verlangte von jedem einzelnen der Angehörigen, man solle ihn herausschneiden oder auch nur hineinschneiden. Man solle einen weißen Schurz umbinden, sie auf den Küchentisch legen und mit dem Küchenmesser operieren. Noch nach zwei Tagen spielte sie mit diesem Gedanken und meinte, es hätte ihr genügt, wenn man auch nur einen Eingriff fingiert hätte. Von da ab begann sie mit Appetit zu essen, erbrach kaum mehr, sprach nüchtern und mit Selbstkritik, war auch nicht

mehr kindlich anhänglich und schwärmerisch. Sie gab an, daß sie besonders beim Stilliegen Depersonalisationserlebnisse hatte.

Auf Ende November war vorgesehen, daß die Patientin, die bisher bei der Schwiegermutter war, wieder in die eigene Wohnung zurückkehren sollte. Sie versuchte sich darauf einzustellen, zeigte aber eine zunehmende Verschlimmerung, speziell wieder starkes Erbrechen. Sie ließ sich gehen, stand kaum mehr auf, verlangte die Bettschüssel statt des Nachtstuhls, hatte wieder schlaflose Nächte und verlangte zu ihrer Beruhigung, daß sich die Schwester oder die Schwiegermutter zu ihr ins Bett lege. Man deutete ihre Klagen über Kraftlosigkeit als Theater und als Widerstand gegen die Rückkehr ins eigene Heim. Die etwas energische Schwester übte mit der Patientin das Aufstehen, Spazieren und die Besorgung der Toilette. Als auf Rat des Arztes die Anforderungen reduziert, die Pflege intensiviert und der Termin der Rückkehr hinausgeschoben wurde, hörte das Erbrechen auf. Die Patientin gab bei einer Besprechung ihren Widerstand gegen das Verlassen der schwiegermütterlichen Wohnung zu.

Am 25.11.1951 klagte die Patientin über Schmerzen und Kraftlosigkeit in den Armen. Es bestand Pollakisurie. Der Urin war dunkel.

Wegen Verdacht auf Porphyrie erfolgte die Einweisung ins Bürgerspital. Diese Diagnose wurde bestätigt und zwar als akute idiopathische Form. Zur Anamnese ließ sich ergänzen, daß bereits anfangs Oktober dunkler Urin beobachtet worden war.

Der Vater, der 51jährig an einer Hirnblutung gestorben war, hatte eine braune Hautfarbe ebenso wie die brünette Patientin. Die Mutter, der Bruder und die Schwester haben eine helle Haut; die Kinder der Schwester aber seien braun wie Neger. Die Patientin selbst aber hatte beim Sonnenbaden nie Blasen bekommen.

Eine Woche nach der Einweisung starb die Patientin an einem Kreislaufkollaps. Sie hatte im Spital nie erbrochen.

Epikrise:

Die Ansicht, die akute Porphyrie trete häufig bei «neuropathischen brünetten Frauen» (*Grafe*) auf, trifft hier zu [12]. Die Patientin war von jeher sehr sensibel, labil, ängstlich, übergewissenhaft und unselbständig. Sie wurde eigentlich nie ganz erwachsen und spielte bei jeder sich bietenden Gelegenheit das kleine Kind, das zu seiner Mutter ins Bett schlüpfte und dort Sicherheit, Geborgenheit fand. Diese Regression kam in der symptomatischen Psychose, die weitgehend das Bild einer Diencephalose hatte, unverhüllt zum Ausdruck im Verhalten zum Arzt, dem gegenüber die Patientin eine absolut kindliche Stellung einnahm und im Widerstand, die Wohnung der Schwiegermutter zu verlassen, die für die Patientin das mütterliche Heim mit seiner Liebesgemeinschaft und Wärme repräsentierte. Sie hatte schon immer bei Erregungen und Spannungen, seien sie nun freudiger oder ängstlicher Natur gewesen, mit Erbrechen reagiert. Sehr schön zeigte sich, daß ihr Erbrechen prompt einsetzte, als man

ihrer kindlichen Unselbständigkeit und Anklammerungstendenz zu Leibe rücken wollte. Es verlor sich auch sofort, sobald man diesem infantilen Bedürfnis Rechnung trug. Auch das Spitalmilieu vermittelte das Gefühl des Aufgehobenseins. Obwohl das Erbrechen neben Darmkoliken und Stuhlverhaltung zur Trias der abdominellen Form der idiopathischen Porphyrie gehört, hörte es auf trotz Fortschreiten der Grundkrankheit, sobald die psychogenen Ursachen wegfielen. Das Erbrechen weist hier auf die von der Psychoanalyse her bekannten engen Beziehungen zwischen Liebe und Nahrungsaufnahme hin [28] Das Genährtwerden und die liebende affektive Zuwendung von seiten der Mutter bilden für den Säugling einen unentwirrbaren Komplex von Empfindungen, die zeitlebens als Deckerinnerungen fortwirken. Versagen der Liebe und der mütterlichen Fürsorge würde demnach Verweigerung der Nahrung bedeuten und von der Patientin im Sinne der Ablehnung und Ausstoßung der Nahrung gehandhabt. Die liebende Betreuung durch die Repräsentation der mütterlichen Welt und der Eßakt war für sie ein unteilbares Ganzes, das nicht auseinandergerissen werden durfte, ohne daß die Funktion der Ernährung beeinträchtigt wurde.

Bemerkenswert in diesem Fall ist das vikarierende Eintreten des Erbrechens für die Pollakisurie und umgekehrt [6, 7]. Aus der Anamnese geht nirgends hervor, daß beide Symptome zur gleichen Zeit bestanden hätten. Sie sind gleichwertig und können einander gültig vertreten, wobei anscheinend das eine Symptom das andere während seiner Tätigkeit hemmt. Der menschliche Organismus befolgt also auch bei den neurotischen Fehlschaltungen insofern die physiologische Gesetzmäßigkeit, als mit der kleinsten Arbeitsaufwendung die größte Wirkung zu erzielen versucht wird. Falls hier das Erbrechen wie die Pollakisurie als Übersprungbewegungen anzusehen wären, würde somit die eine die andere unterdrücken.

Als die Patientin zu brechen begann, befand sie sich ungefähr in der 7. Schwangerschaftswoche, für den Beginn eines Schwangerschaftserbrechens etwas spät. Die üblichen Gründe, die für ein Schwangerschaftserbrechen im allgemeinen angeführt werden, wie die Abneigung gegen den Mann und Ablehnung der Schwangerschaft, lagen hier nicht vor [1]. Ebenfalls haben wir keine Anhaltspunkte für eine Toxikose infolge Gravidität. Das Erbrechen trat plötzlich auf nach Genuß von Süßmost, der auch beim Kinde Erbrechen auslöste. Wer zuerst erbrach und ob bei einem das Erbrechen durch Ekel verursacht wurde, konnte nicht eruiert werden. Es bleibt die Möglichkeit

offen, daß der Süßmost bei beiden eine Vergiftung hervorrief. Reichlicher Süßmostgenuß hat vielleicht bei Mutter und Kind eine azidotische Stoffwechsellage bewirkt, die, wie bekannt ist, die Mobilisierung des Porphyrins aus den Depots fördert [13]. Es wäre somit, eventuell auch schon beim Kind, eine latente Porphyrie aktualisiert worden. Man kann aber auch annehmen, daß die Eklampsie 1947 einen zwar klinisch nicht faßbaren Leberschaden gesetzt hatte, der durch die 2. Schwangerschaft aktiviert wurde. Erhöhung der Porphyrinausscheidungen bei Schwangerschaftstoxikosen im Sinne von Leberstörungen werden in der Literatur erwähnt [5]. Jedenfalls scheint die Porphyrie bei der Patientin schon anfangs Oktober bestanden zu haben; denn schon damals wurde dunklerUrin beobachtet, ebenso weisen die früh einsetzenden Bauchschmerzen und die psychotischen Erlebnisse, wie der Verlauf zeigt, auf eine Porphyrie hin.

An Hand der aufgeführten Beispiele sollte gezeigt werden, daß für die Symptomauswahl, die Symptomatik einer Krankheit nicht die Eigengesetzlichkeit des organischen Erregers und die physiologische Reaktion des leiblichen Organismus maßgebend ist, sondern die psychosomatische Gestimmtheit des ganzen Menschen. Daraus erklärt sich der Symptomreichtum und das individuelle Abweichen vom klassischen «Idealfall» aller Krankheiten. Die «Krankheitsgestaltung» (*Haffter* [15]) ist somit individuell. Die von außen kommenden Verletzungen, Keime und Gifte sind für den Kranken unabänderlich; ebenso deren Bewältigung durch den Organismus aus vererbter und konstitutioneller Reaktion. Die eigentliche Leistung der Krankheitsgestaltung vollzieht sich in der menschlichen Person Die Krankheit des Menschen hat deshalb teil an seiner Geschichtlichkeit, da er Tradition schaffend und weitergebend sich darin auch wandelt. Zum Unterschied vom Tier erleidet der Mensch kein namenloses Schicksal: Was ihm widerfährt, gestaltet sich zum persönlichen Leid. Und wieweit die betroffene Persönlichkeit die Krankheit zu integrieren vermag, soweit reicht auch deren Würde.

Zwischen organischem Leiden und affektiver Situation besteht eine echte Wechselwirkung, und es läßt sich nur am Einzelfall feststellen, welcher Teil bahnt und welcher die Krankheit als solche determiniert. Leibliches und Seelisches bilden eine «Ausdrucksgemeinschaft» (*v. Weizsäcker*). Dem ursprünglich organischen Leiden wird ein Motiv [34] unterschoben, das ihm Ausdruck, Sinn und Gehalt verleiht; oder eine psychogene Erkrankung bemächtigt sich einer physiologischen Funktion, stört ihren Ablauf, verändert, fixiert sie

und setzt schließlich einen organischen Schaden, der das seelische Leiden sichtbar, faßbar macht und vor aller Welt die Berechtigung zum Kranksein gibt, dessen man sich nicht mehr zu schämen und dessen Hintergründe nicht aufzudecken braucht.

Schädigende Reize, welche den Menschen als Leib-Seele-Einheit [35] treffen, werden immer eine psychosomatische Reaktion auslösen, und es wird von der Art des Reizes und der komplexen Situation des betroffenen Individuums abhängen, ob beide Komponenten im gleichen Maße beteiligt sind, oder ob gar der eine Teil praktisch vernachlässigt werden kann. Die Leib-Seele-Einheit wird von vielen als eine Identität meistens im Sinne des materialistischen Monismus aufgefaßt. Das Körperliche und Seelische wären demnach zwei Aspekte der gleichen Einheit [16]. Diese Anschauung hat in ihrer Vereinfachung etwas Bestechendes, aber wie alle Simplifikationen führte sie zu einer Verarmung, Vereinseitigung und zuletzt zu einer Zerstörung des wahren Menschenbildes.

Die dualistische Auffassung im Sinne eines psychophysischen Parallelismus [24] bietet der Interpretation große Schwierigkeiten, der die menschliche Natur, welche in materiellen wie in geistigen Bereichen wurzelt, zum unüberbrückbaren Problem wird.

Am zwanglosesten ist wohl die Ansicht, wonach Seelisches und Körperliches eine funktionelle Einheit bilden, in der beide Teile gleichwertig integriert sind. Eine Störung, komme diese nun von der somatischen oder psychischen Seite her, trifft immer die menschliche Person in ihrer Totalität und muß also Anlaß geben zu psychischen *und* somatischen Erkrankungen.

Zusammenfassung.

Die vielfachen Ursachen organischen Erbrechens sind bekannt. Psychogenes Erbrechen kann eintreten bei plötzlichen Gemütsbewegungen und unspezifischen emotionalen Spannungen, wobei diese eine Schaltwirkung auf das Brechzentrum haben. Das psychogene Erbrechen kann aber auch als Ausdruckssymbol zur Abreaktion unangenehmer Erinnerungen und Vorstellungen benützt werden.

An Hand von 4 Beispielen wird noch eine dritte Art des Erbrechens besprochen, bei der sowohl körperliche wie psychische Vorgänge beteiligt sind. Bestimmend zur Auslösung des Erbrechens ist das Zusammentreffen einer besonderen Affektlage mit einem begünstigenden körperlichen Zustand oder umgekehrt.

Résumé.

Les causes multiples du vomissement organique sont connues. Le vomissement psychogène peut survenir lors de mouvements d'humeur subits et de tensions émotives non spécifiques qui ont un effet de déclenchement sur le centre du vomissement. Le vomissement psychogène peut toutefois être également utilisé comme symbole d'expression d'abréaction de souvenirs et de représentations désagréables.

L'auteur expose à l'aide de 4 exemples une troisième sorte de vomissement dans laquelle interviennent des processus psychiques aussi bien que corporels. L'existence d'une disposition émotive particulière avec un état corporel favorisant, ou vice-versa, est déterminante pour le déclenchement du vomissement.

Summary.

The manifold organic causes of vomiting are known. Psychogenic vomiting may begin with sudden alterations of mood and non-specific emotional tensions, in which these changes have a switch-effect on the vomiting centre. Psychogenic vomiting may also be used as an expressive symbol in the abreaction of unpleasant memories and imaginations.

With the aid of 4 examples a third form of vomiting is discussed, in which both bodily and psychic processes are involved. Decisive for the release of vomiting is the concurrence of a particular affective state with a predisposing bodily condition, or vice versa.

LITERATUR

1. *Alexander, F.:* Psychosomatische Medizin, p. 64. De Gruyter, Berlin 1951. – 2. *Bircher, M. E.:* Schweiz. med. Wschr. Suppl. *38*, 1531. – 3. *Bleuler, M.:* Lehrbuch der Psychiatrie, p. 91. Springer, Berlin 1949. – 4. *Boß, M.:* Schweiz. med. Wschr. *50*, 79, 1203. – 5. *Carré, C.:* Die Porphyrine, ihr Nachweis, ihre Physiologie und Klinik. Thieme, Leipzig 1936. – 6. *Christoffel, H.:* Schweiz. Z. Psychol. *9*, 2, 1950. – 7. *Id.:* Mschr. Psychiat. Neurol. *2/3*, 133, 1951. – 8. *Curschmann, H.:* Lehrbuch d. Differentialdiagnose innerer Krankheiten, p. 559, 642. Springer, Berlin 1947. – 9. *Dukor, B.:* Schweiz. med. Wschr. *19*, 77, 519. – 10. *Georgi, F.* und *R. Levi:* Nervenarzt, *10*, 22, 1951. – 11. *Georgi, F.:* Schweiz. med. Wschr. *40*, 82, 1037. – 12. *Grafe, E.:* Lehrbuch der inneren Medizin, II. Bd., p. 182. Springer, Berlin 1942. – 13. *Grogg, E.:* Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. *67*, 2, 292, 1951. – 14. *Haffter, C.:* Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. *70*, 339, 1952. – 15. *Id.:* Praxis *43*, 221, 1954. – 16. *Heuscher, J.:* Beiträge zur Aetiologie der «Maladie Gilles de la Tourette» und zum Regressions-Problem, Med. Diss. Basel 1949. – 17. *Katzenstein-Sutro, E.:* Schweiz. med. Wschr.

Suppl. *38*, 1526. – 18. *Klee, Ph.:* Der Brechakt. Handbuch d. normalen u. path. Physiologie, III. Springer, Berlin 1927. – 19. *Linde, F.:* Tetanus. Handbuch d. innern Medizin, *1/2*, Springer, Berlin 1952. – 20. *Lorenz, K.:* Dtsch.med. Wschr. *45*, 1953. – 21. *Panse, F.:* Angst und Schreck, p. 176. Thieme, Stuttgart 1952. – 22. *Russel, R. W.:* Fortschr. Neurol. *2*, 21, 1953. – 23. *Schneider, R.:* Störungen des Ernährungstriebes. Med. Diss. Basel 1947. – 24. *Schultz-Hencke, H.:* Lehrbuch der analytischen Psycho-Therapie. Thieme, Stuttgart 1951. – 25. *Staehelin, J. E.:* Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. *53*, 2, 374, 1944. – 26. *Id.:* Z. Kinderpsychiat. *2*, 17, 45, 1950. – 27. *Stäubli-Fröhlich, M.:* Schweiz. med. Wschr. *35*, 83, 811; *36*, 83, 837. – 28. *Stern, E.:* Lebenskonflikte als Krankheitsursachen. p. 146, 280. Rascher, Zürich 1952. – 29. *Suter, F.:* Nierensteine. Handbuch der innern Medizin, VIII. Springer, Berlin 1951. – 30. *Sutermeister, H.:* Ars Medici, 2, 107, 1952. – 31. *Tinbergen, N.:* Tierpsychol., Berlin 4, 1940; Quart. Rev. Biol. *27*, Baltimore 1952. – 32. *Wang, S. C.* und *H. L. Borison:* Arch. of Neur. *63*, 928, 1950 (Zit. nach Ber. ges. Physiol. *147*, 1951–1952). – 33. *von Weizsäcker, V.:* Der kranke Mensch. p. 44–5, Koehler, Stuttgart 1951. – 34. *Wyrsch, J.:* Schweiz. med. Wschr., Suppl. 2, 84, 107. – 35. *von Wyß, W. H.:* Schweiz. med. Wschr. *40*, 82, 1035.

Adresse des Autors: Dr. J. Bannwart,
Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg,
Pfäfers (Schweiz).